

Kvinnens reaksjoner etter spontan abort

Av stud. med. Kristin Løge Aanestad



**Prosjektoppgaven ved Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo 2012**

Veiledet av professor Øivind Ekeberg

Abstract:

Background: *Approximately 15 percent of all verified pregnancies end in miscarriage. It is known that spontaneous abortion often cause psychological distress. The women are at risk of suffering from grief, anxiety, depression and other psychological symptoms. Psychological symptoms could persist for years after the miscarriage and there is frequently no routine to identify psychiatric morbidity among the women. Research has been conducted to identify the consequences of abortion, but the studies are mainly quantitative. The aim of this study was to analyse how miscarriage affects the women's emotional life.*

Methods: *Forty women who recently had a miscarriage were included in the study. The women were interviewed after ten days, six months, two years and five years following the spontaneous abortion. The interviews were analysed using qualitative content analysis.*

Results: *Common themes brought up in the open interviews were the importance of having a child after the abortion, thoughts the women had about why they had a miscarriage, and their thoughts about how they were treated by the society in general and by the health care system. In general the women's psychological symptoms persisted for six months to one year after the miscarriage. The women who gave birth to a child after miscarriage pointed to this as the main reason for why they managed to leave the difficult emotions behind. The women had different thoughts about why they had a miscarriage. Those who could not identify a reason for the miscarriage experienced it as a heavier burden than others. The women who somehow blamed themselves experienced a significant sense of relief if the health care system denied that they were to blame for the miscarriage.*

Conclusions: *Many women had psychological symptoms that persisted for six months to one year following the miscarriage. Based on the women's experiences, it is clear that there are room for improvement in the health care system when offering treatment. Factors that might contribute to reduce the degree of psychological distress are provision of information about miscarriage directly to the women, information about possible reasons for miscarriage and possible psychological symptoms, offering follow up treatment after the miscarriage, in addition to a higher degree of empathy from the healthcare system.*

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING.....	4
1.1 Konkretisering av oppgaven	4
1.2 Spontan abort	4
1.3 Anne Nordal Broens forskning	5
1.4 Internasjonal forskning	9
2 METODE.....	10
2.1 Kvalitativ metode	10
2.2 Materiale	11
2.3 Analyseprosessen	11
2.4 Etikk	12
3 RESULTATER	12
3.1 Svangerskap og barn i etterkant av spontan abort.....	12
3.1.1 Betragtninger blant kvinnene som fikk barn i etterkant av aborten	12
3.1.2 Betragtninger blant de kvinnene som ikke fikk barn i etterkant av aborten	13
3.1.3 Svangerskap i etterkant av en spontan abort	14
3.2 Tanker om abortens årsak.....	14
3.2.1 Aborten skyldes at ”naturen ordner opp”	14
3.2.2 Frustrasjon over mangel på en logisk årsak til aborten.....	15
3.2.3 Aborten opplevdes som en straff eller selvforskyldt.....	15
3.3 Samfunnets holdning til spontan abort og oppfølging fra helsevesenet	16
3.3.1 Sosial støtte	16
3.3.2 Helsevesenets rolle i bearbeidingen av følelser knyttet til aborten.....	16
4. DISKUSJON	17
4.1 Hovedfunn.....	17
4.2 Metodekritikk.....	18
4.3 Sammenligning med andre studier.....	20
4.3.1 Frykt for fremtidig infertilitet og problemer i møte med andre gravide og venners barn.....	21
4.3.2 Skam og skyldfølelse	21
4.3.3 Bekymring og overbeskyttende opptreden	21
4.3.4 Lav grad av sosial støtte ved spontan abort	22
4.3.5 Problematisering av abortens årsak.....	22
4.3.6 Erfaringer i møte med helsevesenet	23
4.4 Kliniske implikasjoner	23
4.5 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet	25
5 KONKLUSJON	25
6 REFERANSER	26

1 INNLEDNING

1.1 Konkretisering av oppgaven

Problemstillingen min er som følger: *Kvinnens reaksjoner etter en spontan abort: Hva opptok kvinnene i tiden etter en spontan abort og hvordan virket disse faktorene inn på psykisk helse? En fem års oppfølgingsstudie.*

Anne Nordal Broen publiserte i 2006 en doktoravhandling om kvinners mentale helse etter spontan og provosert abort. Kvalitativt materiale innhentet i forbindelse med denne avhandlingen ligger til grunn for min oppgave. Jeg vil belyse tre temaer som i stor grad blir vektlagt i dette materialet. Disse temaene opptok majoriteten av informantene, og de ble oppgitt å være av betydning for psykisk helse. Temaene er som følger: 1) Påfølgende svangerskap og barnefødsler etter en spontanabort, 2) tanker og abortens årsak og 3) tanker om samfunnets holdning til spontan abort og oppfølging fra helsevesenet.

1.2 Spontan abort

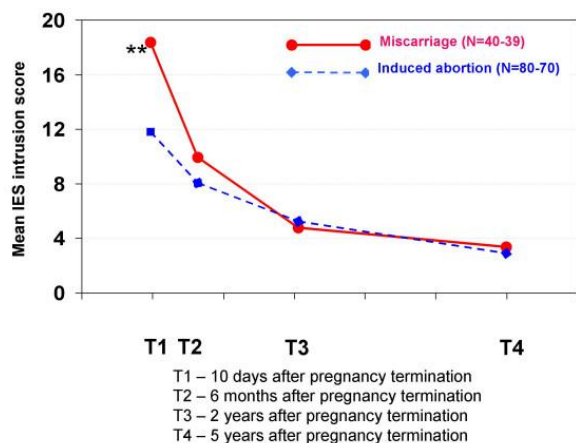
WHOs definisjon på spontan abort er ”svangerskap som spontant går til grunne før fullgåtte 22 uker” (1) Omtrent 50 prosent av alle graviditeter og 15 prosent av alle erkjente kliniske svangerskap i Norge ender i spontanabort (1). 80 prosent av spontanabortene skjer i første trimester. Grensen mellom abort og fødsel er ikke klar. WHO anbefaler registrering av fødsel ved utgangen av svangerskapsuke 22 eller ved fødselsvekt over 500 g (2), og i praksis bruker man ofte dette som et skille mellom abort og fødsel. Likevel skal alle svangerskap som avsluttes etter utgangen av 12. svangerskapsuke registreres i medisinsk fødselsregister i Norge. Det er som oftest enkelt å stille diagnosen spontan abort. Dette gjøres ved at graviditetsprodukter påvises makroskopisk eller histologisk. Kvantisering av HCG-nivå i blod kombinert med vaginal ultralyd brukes i tvilstilfeller. Etiologien er oftest ukjent, og én abort gir ikke vesentlig økt fare for flere aborter. Ved flere aborter øker imidlertid sjansen for at abortene har en og samme årsak. I Norge tilbys det utredning til kvinner med habituell abort; det vil si tre eller flere påfølgende aborter. Det finnes en rekke risikofaktorer for spontanabort, slik som genetiske, placentære faktorer, infeksjoner, uterus misdannelser, endokrinologiske faktorer eller immunologiske årsaker (1-3). Andre viktige risikofaktorer er høy alder, assistert fertilisering, flere tidligere aborter, flerlingsvangerskap, myoma uteri, inneliggende spiral, kromosomavvik hos foreldre eller sykdom hos mor. Ved komplett abort kreves ingen behandling. Ved ufullstendig avstøtning må det foretas en utskrapning av uterus (1-3).

1.3 Anne Nordal Broens forskning

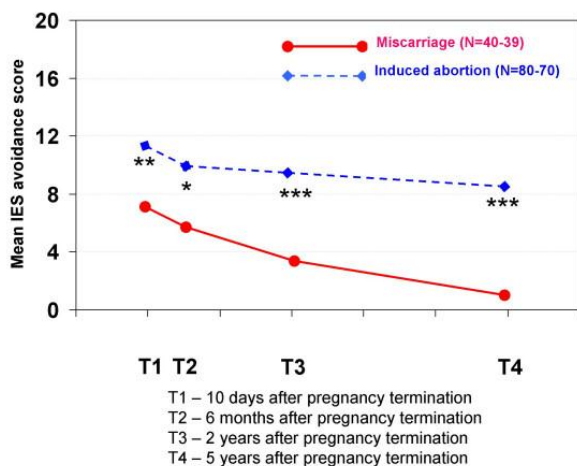
Resultatene fra Anne Nordal Broens doktoravhandling «*Women's emotional life after miscarriage and induced abortion*» viste at kvinnene som spontanaborterte hadde en noe sterkere umiddelbar psykisk reaksjon med flere påtrengende symptomer (IES intrusion) enn de som hadde gjennomgått provosert abort. Impact of Event Scale (IES) er en skala som måler intrusjon (syv spørsmål) og unngåelse (åtte spørsmål) på en skala fra 0-5 (4). En samlet score på 20 eller mer anses som klinisk betydningsfullt, og en samlet score på 35 eller mer er på nivå med post traumatisk stresslidelse (PTSD). I denne studien er det tanker og følelser relatert til aborten som måles. De som spontanaborterte scoret 17,6 på IES intrusion, mens de som hadde gjennomgått provosert abort scoret 11,9 ved første intervju, 10 dager etter aborten (T1) (figur 1). På IES unngåelse scoret kvinnene med provosert abort høyere enn de med spontan abort ved alle intervjuer, spesielt 2 år etter aborten (T3) (figur 2). Ved T3 scoret kvinnene med provosert abort 9,3, mens de med spontan abort scoret 3,2. Et halvt år etter aborten (T2) var den totale IES scoren for kvinner med spontanabort 16,5 (10,6 for intrusjon + 5,9 for unngåelse). Kvinnene rapporterer altså ganske høye verdier for intrusjon, noe som viser at spontanaborten har vært forbundet med betydelige symptomer. Ved de senere intervjuene var det ingen forskjell i IES intrusion score mellom de to gruppene (5).

Sammenliknet med normalbefolkningen hadde kvinnene som spontanaborterte en signifikant forhøyet score på Hospital Anxiety and Depression Scale ved T1 ($p < 0,01$ for angst og $p < 0,001$ for depresjon), men ikke ved senere intervjuer. HADS er en skala som måler angst og depresjon (6). Den har syv spørsmål om angst og syv om depresjon med en skala fra 0-3. En grense for case på 8 gir best sensitivitet og spesifisitet, og dette er normtall fra Norge (7). Etter seks måneder (T2) hadde en høy andel av kvinnene som hadde spontanabortert normalisert score på HADS angst og depresjon. Kvinnene som hadde gjennomgått provosert abort hadde sammenliknet med normalbefolkningen en signifikant forhøyet score på angst ved alle intervjuer og en signifikant forhøyet score på depresjon ved T1.

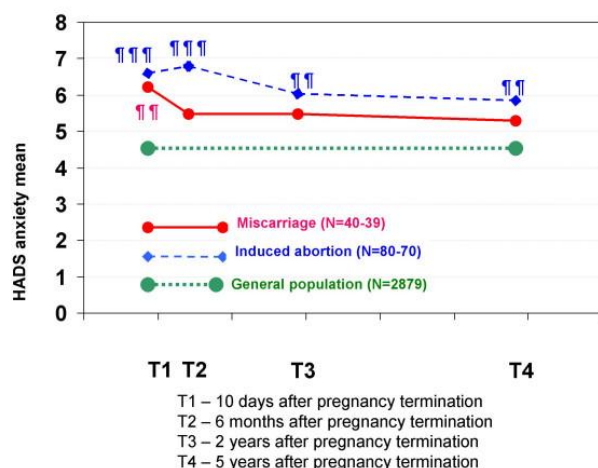
Figur 1. Posttraumatiske intrusjonssymptomer på de fire tidspunkter. Her sammenlignes de som har spontanabortert med de som har hatt en provosert abort. Stjernene angir statistisk signifikant forskjell mellom de to gruppene: ** $p < 0,01$:



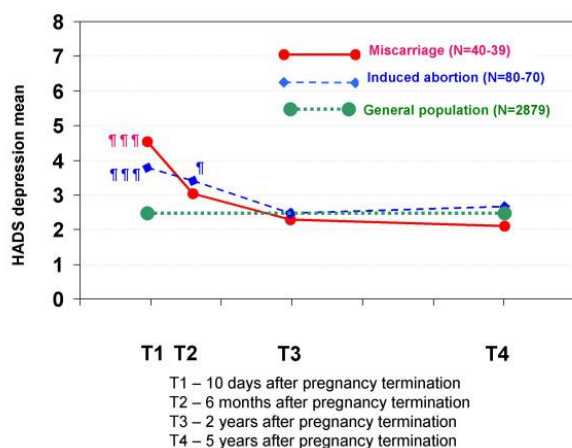
Figur 2. Posttraumatiske unngåelsessymptomer på de fire tidspunkter. Her sammenlignes de som har spontanabortert med de som har hatt en provosert abort. Stjernene angir statistisk signifikant forskjell mellom de to gruppene: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0.001$:



Figur 3. HADS angst på de fire tidspunkter. Her sammenlignes de som har spontanabortert og de som har hatt en provosert abort med hverandre og med normalbefolkningen. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom de med spontan og provosert abort. Statistisk signifikant forskjell mellom hver av abortgruppene og normalbefolkningen angis med: ¶ $p < 0,05$, ¶¶ $p < 0,01$, ¶¶¶ $p < 0,001$:



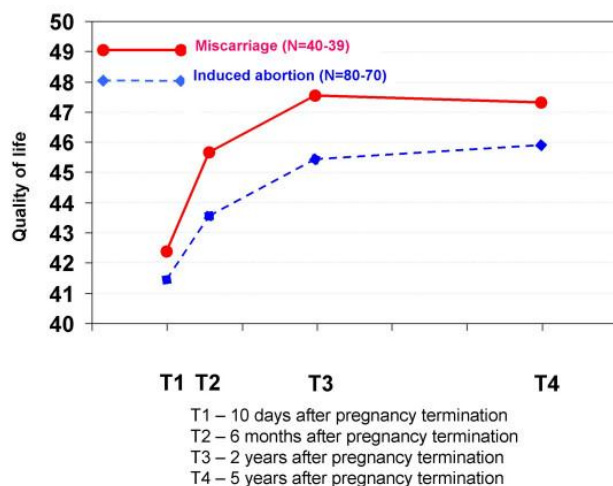
Figur 4. HADS depresjon på de fire tidspunkter. Her sammenlignes de som har spontanabortert og de som har hatt en provosert abort med hverandre og med normalbefolkningen. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom de med spontan og provosert abort. Statistisk signifikant forskjell mellom hver av abortgruppene og normalbefolkningen angis med: ¶ $p < 0,05$, ¶¶ $p < 0,01$, ¶¶¶ $p < 0,001$:



Ved T1 og T2 scorete de med spontan abort høyere på følelsene *sorg* og *tap* enn de med provosert abort. Livskvalitet økte signifikant hos begge gruppene fra T1 til T4, men livskvaliteten økte raskere hos de med spontan abort sammenliknet med de med provosert abort (figur 5). Livskvalitet ble målt på et 12-punkts spørreskjema (1-5) (8). Normtall for norske kvinner 25-45 år ble vurdert til

47,9. Livskvaliteten til kvinnene med spontanabort var lavere de første seks måneder, men deretter normalisert.

Figur 5. Livskvalitet (skala) på de fire tidspunkter: Her sammenlignes de som har spontanabortert med de som har hatt en provosert abort. Det var ingen signifikant forskjell i livskvalitet mellom de to gruppene:



Figurene 1-5 er hentet fra artikkelen “*The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study*” (5).

Det finnes noe annen norsk litteratur om psykiske ettervirkninger etter provosert abort, men det lar seg vanskelig gjøre å finne norsk forskningsbasert litteratur om spontanabort og psykiske ettervirkninger. Verken søk i PubMed, NORA (Norwegian Open Research Archives), UpToDate eller Google ga resultat.

Til tross for at mange tusen norske kvinner gjennomgår spontan eller provosert abort hvert år er det svært få studier av hvordan det går med disse. De studiene som er gjort viser i hovedsak psykiske ettervirkninger hos kvinner kort tid etter at de har gjennomgått en provosert abort. Vi mangler imidlertid kunnskap om kortsiktige og langsiktige psykiske ettervirkninger hos kvinner som har spontantabortert. På denne bakgrunn vil jeg i oppgaven prøve å utdype de tendensene jeg fant i det kvalitative materialet som Nordal Broen innhentet i forbindelse med sin doktoravhandling. Jeg vil forsøke å sammenligne de tendensene jeg finner med tendenser beskrevet i annen litteratur selv om det er en svært begrenset mengde litteratur jeg har å ta utgangspunkt i.

1.4 Internasjonal forskning

Det er noen internasjonale studier som omhandler spontan abort og psykiske ettervirkninger. Jeg vil i dette avsnittet gi et kort innblikk i forskning på dette området. Ved søk i PubMed benyttet jeg søkeordene «abortion spontaneous» og «psychology» og begrenset søket til review-artikler publisert de siste fem årene. Jeg endte likevel opp med å bruke en del artikler publisert på 90-tallet. Da jeg fant få studier gjort de siste fem årene, valgte jeg å benytte oversiktsartikler samt kvalitative studier med høy relevans for min problemstilling som også var publisert på tidligere tidspunkt.

I en oversiktsartikkel av Robinson og medarbeidere (9) om dilemmaer relatert til spontan abort konkluderes det med at spontan abort er assosiert med sorg, angst, frykt for fremtidig infertilitet og problemer i møte med gravide eller venner med babyer. Videre nevnes det at spontan abort assosieres med skyld og selvbebreidelse. I følge noen studier synes ikke graden av disse symptomene å avhenge av svangerskapets lengde, men av betydningen svangerskapet har for den enkelte kvinnen. Andre artikler (10;11) antyder en relasjon mellom gestasjonsalder og grad av sorg, der graden av sorg øker med svangerskapets lengde fordi kvinnene føler økt tilknytning til barnet idet kvinnen kjenner at babyen lever i form av bevegelser og ser fosteret ved ultralydundersøkelse. Disse artiklene finner likevel ingen sikker relasjon mellom gestasjonsalder og grad av sorg, da det er få studier som har fokusert på dette, og de få studiene som er gjort har ulike design og stor grad av variasjon i resultater. Flere studier konkluderer også med at mange av kvinnene har lav grad av emosjonell støtte fordi både svangerskap og abort ofte blir holdt hemmelig og at dette kan være en risikofaktor for psykiske ettervirkninger (9-13). Viktigheten av tilbud om oppfølging, slik at kvinnene har muligheten til å snakke om følelsene, understrekes (9).

Høy forekomst av sorg vises også i flere andre studier (10;12). Anger og selvbebreidelse er vanlige komponenter som bidrar til sorg. Flere studier viser at skyldfølelse er vanlig etter en spontan abort (9;12;13). Følelse av ikke å ha levd sunt nok i svangerskapet, enten de har rot i virkeligheten eller ikke, ambivalens som gjør at kvinnen føler at hun har «ønsket» at fosteret skulle dø, perinatal intervensjon og spesielt tidligere provoserte aborter er faktorer som bidrar til skyldfølelse. Skyldfølelsen varer ofte lenge etter at kvinnen har sluttet å føle sorg. Mange kvinner opplever også å føle seg ufullstendige og tviler på sin egen kvinnelighet og evne til å bære frem et barn, fordi fosteret sees på som en del av dem selv. Det blir også beskrevet at mange kvinner blir overbeskyttende overfor de barna de har eller får etter en spontan abort (12).

Hvorvidt spontan abort er assosiert med depresjon og angst er omdiskutert (13). Flere studier bekrefter høyere forekomst av depresjon og angst kort tid etter en spontan abort (11). Studier med både en ikke-gravid og en gravid kontrollgruppe styrker disse funnene (12). Andre studier viser en signifikant forhøyet score på angst, mens depresjonssymptomene er få, én, seks og tolv uker etter en spontan abort. En to års oppfølgingsstudie viser at 68 prosent av kvinnene med tidlig spontan abort fortsatt ble oppskaket («upset») av tanken på spontanaborten to år etterpå (13).

En rekke studier bekrefter at kvinner som spontanaborterer føler seg dårlig behandlet av helsevesenet, både på sykehus og hos allmennlegen (10;12-16). Bagatellisering av hendelsen, følelse av å være en i rekken og lite informasjon er noe av kritikken. Kvinnene opplyser også at bedre kommunikasjon og informasjon om selve hendelsen ville hjulpet – spesielt for de kvinnene som opplevde store blødninger og smerter (14) – samt bedre oppfølging i etterkant av aborten. Lav tilfredshet med støtteapparatet har blitt assosiert med angst eller depressive episoder de første månedene etter aborten (13;15;16).

Som nevnt innledningsvis er problemstillingen som følger: *Kvinnens reaksjoner etter en spontan abort: Hva opptok kvinnene i tiden etter en spontan abort og hvordan virket disse faktorene inn på psykisk helse? En fem års oppfølgingsstudie.*

Hensikten med denne studien er å belyse noen temaer som i stor grad opptok kvinnene i tiden etter spontanaborten og som var av betydning for kvinnes psykiske helse. Etter nøye gjennomlesing av materiale valgte jeg å se på hvordan 1) påfølgende svangerskap og barnefødsler, 2) tanker om abortens årsak og 3) samfunnets holdning til spontan abort og behandlingen fra helsevesenet virket inn på kvinnes psykiske helse.

2 METODE

2.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode som forskningsstrategi har til hensikt å belyse og analysere egenskaper ved et tekstmateriale. Tekstmaterialet kan for eksempel bestå av nedskrevne intervjuer eller observasjoner som er gjort. Mens kvantitativ forskning resulterer i tallverdier som oppgir mengden eller graden av ulike fenomener, søker kvalitativ forskning å belyse deler av et materiale som ikke er kvantifiserbare. Kvalitativ forskning har til hensikt å si noe om hvordan de involverte opplever og tolker de aktuelle fenomenene. Kvalitativ metode kan da gi en forståelse av hvordan blant annet personlighet,

erfaringer og kontekst gjør at ett og samme fenomen gir grunnlag for ulike tanker og tolkninger hos de involverte. Samtidig har man med denne metoden som mål å komme frem til resultater som kan si noe generelt og ha betydning utover den aktuelle kontekst. Nyanser ved et fenomen, noe som kan være vanskelig å belyse med en del andre metoder, vil man også kunne belyse på en god måte med kvalitativ metoden (17;18). Metoden gir også bedre grunnlag for å studere prosesser, avveininger og resonnementer, dilemmaer knyttet til beslutning og senere reaksjoner. Den gir også muligheter for å belyse temaer som ikke har vært adressert i kvantitative spørreskjemaer. Metoden er også velegnet for å generere nye problemstillinger. Kvalitativ metode er den metoden som egner seg best for å studere materialet og problemstillingen som ligger til grunn for denne oppgaven.

2.2 Materiale

Materialet som ligger til grunn for denne oppgaven er en del av et større materiale som Anne Nordal Broen har innhentet under arbeidet med sin doktoravhandling. Avhandlingen ble ferdigstilt sommeren 2005. I perioden april 1998 til februar 1999 ble 40 kvinner som hadde spontanabortert og mottatt behandling ved Buskerud sykehus og 80 som hadde gjennomgått provosert abort ved samme sykehus inkludert i studien. Kvinnene ble intervjuet fire ganger: ti dager (T1), seks måneder (T2), to år (T3) og fem år (T4) etter aborten. Ved hvert intervju skulle kvinnene fylle ut en Impact of Event Scale (IES): en psykologisk traumatetest og en Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), samt svare på spørsmål om følelser relatert til svangerskapsavbruddet og om livskvalitet etter svangerskapsavbruddet. Kvinnene hadde mulighet til å utdype eller kommentere svarene de ga på spørreskjemaene. Det ble også stilt noen åpne spørsmål. De åpne spørsmål til kvinnene som hadde spontanabortert var følgende: Ved T2: *"Er det noe spesielt du vil si om aborten eller tiden etterpå?"* ved T3: *"Syns du aborten har forandret livet ditt på noen måte? I tilfelle den har det, på hvilken måte?"* Ved T4 ble det spurt om svangerskap og fødsler etter T1 samt at de fikk spørsmålet: *"Når kvinnen tenker tilbake på aborten i 1998 og omstendighetene rundt den, hva gjorde mest inntrykk?"* Intervjuene var semistrukturerte og ble gjennomført og nedskrevet av Broen selv. Av de 80 kvinnene med spontanabort og som ble spurt om å være med i studien, var det 40 som deltok. Det er utdypelser, kommentarer og svar på åpne spørsmål fra kvinnene med spontanabort som ligger til grunn for denne oppgaven (5). Materialet inneholder en rekke direkte sitater fra kvinnene og oppsummeringer gjort av Broen umiddelbart etter at intervjuet var over.

2.3 Analyseprosessen

Analyseringen av materialet er gjort etter Malteruds modell. Tekstmaterialet fra de fire intervjuene som ble gjort med hver av de 40 kvinnene med spontanabort, ble gjennomlest grundig. Etter å ha fått en god oversikt over innholdet i tekstmateriale valgte jeg ut de tre hovedtemaene som jeg har beskrevet i avsnittet om min problemstilling. Materialet ble dekontekstualisert ved at meningsbærende enheter med relevans for oppgavens problemstilling ble tatt ut og analysert for å komme frem til ulike hovedtemaer og undergrupper. I siste ledd ble det foretatt rekontekstualisering ved at resultatet ble prøvd mot originalmaterialet. Jeg benyttet alle intervjuene gjort på de fire ulike tidspunktene, fordi jeg ønsket å se på om kvinnenes tanker om de ulike temaene vedvarte over tid. Med hensyn til at kvinnene ikke fikk de samme åpne spørsmålene ved hvert intervju, T1- T4, ble det tidvis noe vanskelig å forstå om endringene i intervjuenes innhold fra et tidspunkt til et annet skyldes endringer i kvinnenes tanker og psykiske helse eller endret agenda for intervjuet. I resultatene er det gjort rede for om intervjuene ved ett av tidspunktene er mer vektlagt enn de andre.

2.4 Etikk

Nordals Broens studie ble godkjent av regional komite for forskningsetikk og Datatilsynet. Kvinnene som ble spurt om å delta i studien, fikk skriftlig informasjon om hvordan studien skulle utføres og det ble opplyst om at det var valgfritt å delta og at informantene kunne trekke seg fra studien underveis om de ønsket det. Det ble også informert om at behandlingen kvinnene fikk på sykehuset ikke ville påvirkes av om kvinnene deltok i studien eller ikke. Kvinnene som deltok i studien undertegnet et samtykkeskjema (19, s. 57). Materialet som ligger til grunn for denne studien er anonymisert, og jeg har ikke hatt tilgang til informasjon som kunne identifisert informantene.

3 RESULTATER

3.1 Svangerskap og barn i etterkant av spontan abort

Hvilken innvirkning hadde svangerskap og barnefødsler på de psykiske ettervirkningene etter spontanaborten? Førte svangerskap og barnefødsler i etterkant av aborten til bedret psykisk helse? I følgende avsnitt er opplysningene gitt ved T4 mest vektlagt, da alle kvinnene fikk spørsmål om svangerskap og fødsel etter aborten ved dette intervjuet.

3.1.1 Betragtninger blant kvinnene som fikk barn i etterkant av aborten

Et stort flertall av kvinnene i undersøkelsen la ved T4 vekt på viktigheten av å ha fått barn i etterkant av en spontanabort. Det var flere utsagn om at spontanaborten ble sett på som en vond, men tilbakelagt hendelse nettopp fordi de fikk barn i etterkant. En kvinne fortalte at hun var redd for ikke å kunne få barn etter spontanaborten og filosoferte litt rundt hvor viktig det var for kvinner å få egne barn. Videre sa hun at hun nesten aldri tenker på aborten etter at hun fikk barn. En annen kvinne forestilte seg at hun ville tenkt på aborten hver dag dersom hun ikke hadde fått barn i ettertid og sier at det hadde vært veldig vondt. Noen av kvinnene ga mer konkrete forklaringer på hvorfor det å få barn etter spontanaborten bedret den psykiske helsen. Noen fortalte at barna opptok så mye av deres tid at de ikke hadde tenkt på spontanaborten, andre sa at de brukte tiden på å glede seg over dem de hadde fått istedenfor dem de ikke fikk. Flere sa også noe om at de ikke hadde fått det barnet som de nå har, om det ikke hadde vært for spontanaborten, og understreket at de er veldig glade i det barnet de har fått. Videre var barnefødsler for noen en bekreftelse på at de var fruktbare og lyktes med planene de hadde for livet. Et likhetstrekk var at kvinnene forestilte seg at livet ville vært vanskelig og aborten mer påtrengende om de ikke hadde fått barn i etterkant. Flere av kvinnene hadde også problemer med å forholde seg til venner som var gravide eller fikk barn i tiden etter at de selv hadde abortert. En kvinne tilføyer på skjemaet for følelser: *«Misunnelse på andre gravide»*. Andre fortalte at gravide venner eller venners barn gjør dem triste fordi de ble minnet på at også de kunne hatt et barn på samme alder som vennenes barn.

3.1.2 Betraktninger blant de kvinnene som ikke fikk barn i etterkant av aborten

Av de 40 kvinnene i undersøkelsen er det 8 kvinner som ikke fikk barn i etterkant av spontanaborten i løpet av perioden på fem år. Et interessant moment er at ingen av disse nevnte spesifikt at de tenkte mye på aborten og at den fortsatt var problematisk ved T4. Kvinnene som heller ikke hadde barn fra før fortalte om sorgen knyttet til det å være barnløs, men de færreste om selve aborten eller fosteret de mistet. En kvinne med tre spontanaborter, hvorav to sene aborter, sa om en av dem at *”å gå gravid i 8 måneder for så å miste det var et tomrom som ikke går an å fylle”*. Ved T3 sier hun videre at *”jeg tenker mye på om at jeg kan få barn/bli gravid og om jeg kan bære det fram eller ikke.”* og når hun møter kvinner fra svangerskapskurset tenkte hun *”å, nå kunne vi hatt en gutt på 10 år”*. Tonen blant disse 8 kvinnene generelt var likevel en annen enn det denne ene kvinnen ga uttrykk for. De fleste anga at aborten var vanskelig i et halvt til ett år etterpå, i likhet med de som fikk barn, men at de etter det ble opptatt med andre trivielle ting som barnebarn, tantebarn, oppussing og jobb, og at de dermed ikke tenkte på aborten.

3.1.3 Svangerskap i etterkant av en spontan abort

Mange beskrev svangerskapene etter aborten som vanskelige. Flere av kvinnene fortalte at de var bekymret for at det skulle gå galt igjen og for at det skulle være noe galt med fosteret. Hos noen kom dette til uttrykk i form av at de var veldig forsiktige i svangerskapet. De tok det mer med ro enn de tidligere hadde gjort da de var gravide og unngikk en del aktiviteter. Andre fortalte at de stadig måtte sjekke at de ikke hadde hatt noen blødninger. Flere av kvinnene hadde også problemer med å glede seg over at de var gravide. En kvinne fortalte at de ønsket seg barn, men da hun ble gravid, ble ikke hun og mannen jublende glade. De brydde seg liksom ikke om det og hun dekket til magen sin. For noen varte bekymringene gjennom hele svangerskapet og også i spedbarnsperioden. En kvinne fortalte at hun ble veldig *”hønemor”* overfor de barna hun hadde. En annen fortalte at hun ble veldig bekymret i svangerskapet etter aborten og at mye av bekymringen ble knyttet til de barna hun allerede hadde. Hun kunne eksempelvis bli veldig redd for at det skulle skje dem noe dersom de var ute å lekte.

Kvinnene viste jevnt over god evne til å forsones seg med at livet hadde blitt slik som det hadde blitt. Forklaringene på hvorfor de klarte det var likevel ulike. En kvinne som ved T3 anga at hun hadde det bra, svarte følgende på spørsmål om aborten har forandret livet hennes: *”Det ble fokus for tankene og følelsene ett år av livet mitt, men har også bidratt til at jeg er utrolig takknemlig for datteren min (født etterpå) og vet at det ikke er noen selvfølge.”*

3.2 Tanker om abortens årsak

For mange av kvinnene var det naturlig å komme inn på årsaken til spontanaborten i samtaler med Broen. Med hensyn til årsak var det tre tydelige mønstre som fremkom av materialet. En gruppe mente at aborten skyldtes noe som de selv ikke hadde kontroll over, en gruppe var frustrerte over at de ikke fant noen logisk forklaring på hvorfor de spontanaborterte, og hos en tredje gruppe fant man tanker om at aborten var selvforskyldt eller en straff for noe.

3.2.1 Aborten skyldes at *”naturen ordner opp”*

En type holdning som kom frem i flere av intervjuene var at spontanabort var et resultat av at *”naturen ordner opp”*. Noen av disse kvinnene mente i så måte at aborten var hensiktsmessig fordi det var noe galt med fosteret de bar. En av kvinnene fortalte til Broen at hvis det var noe galt med barnet og det skulle bli handicappet, var det bedre at naturen ordnet opp på et tidligere tidspunkt. Videre sa hun at hun var blitt forklart på sykehuset hvordan det var og at hun ikke hadde lyst å føde et funksjonshemmet barn. En annen kvinne siktet til spontanaborten og sa: *”Det er kanskje mer mellom himmel og jord enn vi ofte tenker, - som bestemmer hvordan det blir.”* Andre

informanter var mer nyanserte i sine uttalelser. En kvinne fortalte at hun jo hadde lest om spontanabort og at naturen ofte ryddet opp selv fordi barnet var skadet, men hun fortsatte og sa at man ofte heller ikke visste hvorfor det ble spontanabort og det hadde hun tenkt mye på. Inntrykket en sitter igjen med er at de kvinnene som har en klar formening om at *"naturen ordner opp"* fordi det er noe galt med fosteret har færre vonde følelser knyttet til aborten enn kvinnene i de to andre gruppene.

3.2.2 Frustrasjon over mangel på en logisk årsak til aborten

En kvinne svarte ved T4 på spørsmål om hva som gjorde mest inntrykk når kvinnen tenkte tilbake på aborten i 1998 og omstendighetene rundt den: *«Overraskelsen over at det gikk «galt». Hvorfor meg?»* En annen svarte ved T3 på spørsmål om aborten har forandret livet hennes på noen måte: *«Jeg lurte på hvorfor det skjedde. Kunne jeg gjort noe for at det ikke skulle skje?»* Noen kvinner sammenliknet seg selv med andre og lurte på hvorfor akkurat de spontanaborterte. En fortalte til Broen at hun jo følte seg så frisk og levde sunt, og lurte på hvorfor det skulle skje henne da? Hun kjente en kollega som også var gravid, som levde usunt og tok stoffer, men hun fullførte graviditeten og fikk et friskt barn. En annen kvinne fortalte om venner som detaljplanla akkurat når de skulle få barn og hvor mange de skulle få, og det opplevde hun som uforståelig. Nettopp overraskelse og frustrasjon over mangel på en logisk forklaring på spontanaborten gikk igjen i intervjuene. Kvinnene som hadde disse tankene, hadde en tendens til å fokusere på årsak ved hvert intervju. Vanskelige tanker rundt abortens årsak syntes å vedvare i større grad hos disse enn hos de som forklarte aborten utfra at det var noe galt med fosteret.

3.2.3 Aborten opplevdes som en straff eller selvforskyldt

Et tredje trekk med hensyn til årsak var at informantene lurte på om aborten kunne være selvforårsaket eller en straff for noe. En kvinne med to tidligere provoserte aborter tilføyde på avkrysningsskjemaet om årsaker til aborten: *"Trodde det var fordi jeg hadde tatt abort før"*. Vanligere enn at aborten var en straff på grunn av tidligere provoserte aborter var det å tenke at aborten var selvforskyldt i større eller mindre grad på grunn av stress i hverdagen. En kvinne fortalte at hun lurte på om spontanaborten skjedde fordi hun *«løftet ganske tungt, og sjauet, i jobben sin»*, men legen hennes hadde raskt avfeid det og sagt at det var ikke grunnen. Det synes hun var godt, for da slapp hun å ha skyldfølelse. En annen fortalte at hun var i *«høygir»* de to gangene hun spontanaborterte. Hun holdt på med en strevsom utdanning, hadde oppgaver å levere osv. På spørsmål fra Broen om hun tenkte at dette kunne ha noe å si svarte kvinnen: *«Ja, jeg har tenkt litt*

på det, - at kroppen min ikke var i stand til å få noe barn da. - Men det får man jo aldri noe svar på egentlig.»

3.3 Samfunnets holdning til spontan abort og oppfølging fra helsevesenet

3.3.1 Sosial støtte

Flere av informantene opplevde at samfunnet hadde forventninger til hvordan de taklet spontanaborten. Her har informantene svært ulike opplevelser. Noen kritiserte at spontan abort omtales som en vanlig og naturlig livshendelse og mente at dette ga dem lite rom for å sørge. Andre kvinner satte pris på at mennesker rundt dem omtalte spontanabort som en naturlig livshendelse og fant trøst i dette. De fleste opplevde sorg og behov for å snakke om aborten i ettertid. På den andre siden var det noen som opplevde det som lite godtatt ikke å føle sorg, fordi det ble forventet at man skulle sørge. En kvinne fortalte ved første intervju at hun at hun ikke følte særlig sorg, men hun følte at mennesker rundt henne forventet mer sorg, og det syntes hun var vanskelig. Noen av kvinnene fikk god støtte i sitt sosiale nettverk og var åpne om aborten, mens en større andel syntes det var vanskelig å prate om hendelsen. En kvinne svarer på spørsmål om hva som hadde hjulpet i tiden etter aborten, at det hadde hjulpet å kunne snakke med dem hun arbeidet sammen med om hendelsen.

3.3.2 Helsevesenets rolle i bearbeidingen av følelser knyttet til aborten

Helsevesenets håndtering av kvinnene gjorde strekt inntrykk på dem og ble et hovedtema i flere av de åpne intervjuene. Tendensen var at kvinnene etterlyste mer informasjon om abort og psykiske ettervirkninger i forkant, bedre ivaretagelse i forbindelse med selve inngrepet og bedre oppfølging i etterkant. En kvinne sa at ingen hadde fortalt henne noe om psykiske ettervirkninger etter abort, bortsett fra moren hennes, som hadde sagt noe om det *etter* at hun hadde abortert. Når det gjaldt behandlingen i forbindelse med selve inngrepet var behovene svært ulike. Mønsteret var at mange av kvinnene fortalte om vanskelige opplevelser grunnet mangel på kommunikasjon. Mange opplevde at informasjonen om at fosteret var dødt ble gitt på en dårlig og uklar måte. En kvinne fortalte at hun skjønte det var noe alvorlig galt en stund før noen fortalte henne det. Hun mente at legen som gjorde ultralydundersøkelse av henne burde fortalt henne sannheten istedenfor å tilkalle en annen lege. Kvinnene etterlyste mindre *"teknisk snakk"* og tydeligere beskjeder. Mangel på empati og fokus utelukkende på det medisinske var annen kritikk som kom frem i intervjuene. En kvinne fortalte at legen kun fokuserte på det medisinske og sa *"Uflaks, hjem med deg. Prøv igjen."* En annen sa at *"den fysiske og psykiske smerten ble ikke tatt på alvor."* Andre igjen fortalte at de

uønsket fikk se det døde fosteret, eller motsatt, at de ønsket, men ikke ble gitt tid med det døde fosteret. Til tross for de mange negative opplevelsene i møte med helsevesenet synes også noen av kvinnene at de ble tatt hånd om på en omsorgsfull måte. En informant forteller at legen hun gikk til hadde vært flink. Han hadde fortalt dem at det ofte skjedde spontanaborter, at det var veldig vanlig, noe av den naturlige delen av livet og at det var en sjanse å ta hver gang man ble gravid. Det synes hun og mannen var et fornuftig synspunkt.

Spørsmålet *”er det noe spesielt kvinnen vil si om tiden etter aborten?”* ble gitt ved T2. Manglende oppfølging i etterkant av aborten kom tydelig frem i besvarelsene. En kvinne svarte *”ønsker at jeg hadde muligheten til å få snakke med noen, sosionom eller liknende om aborten før jeg forlot sykehuset. Og ikke bare en time, men så lang tid det eventuelt hadde tatt.”* En annen sa at *”det var ikke noe støtteapparat, jeg måtte klare meg selv,”* en tredje kvinne fortalte at hun etter to spontanaborter ønsket at noen hadde tid til å sette seg ned og forklare henne litt mer. Hun spurte om dette flere ganger, men ble ikke møtt. Samtalene med Broen i forbindelse med avhandling var for mange en god oppfølging.

Det var tydelig at kvinnenes tanker rundt samfunnets holdning til abort og den behandlingen som tilbys av helsevesenet i forbindelse med aborten vedvarte over tid. En stor andel av kvinnene ga uttrykk for de samme tankene ved T4 som de hadde gjort ved T2.

4. DISKUSJON

4.1 Hovedfunn

Jeg ønsket å finne ut hva som opptok kvinnene i tiden etter aborten, altså hvilke temaer som ble trukket frem i de åpne intervjuene etter aborten og hvordan disse faktorene virket inn på psykisk helse. Blant de temaene som fikk mest fokus da kvinnene fikk snakke fritt om tiden etter aborten, var betydningen av å ha fått barn i etterkant av aborten, tanker de hadde om abortens årsak og måten kvinnene ble behandlet på, både av mennesker rundt dem og av helsevesenet.

Kvinnene som fikk barn i etterkant av aborten, pekte i stor grad på dette som en avgjørende årsak til at de hadde klart å legge aborten bak seg. Noen av disse kvinnene fortalte at de nesten aldri tenkte på aborten etter at de fikk barn i etterkant av hendelsen, mens flere fortalte at aborten var vanskelig i et halvt til ett år etter aborten, i likhet med den gruppen som ikke fikk barn i etterkant. Ingen av de

kvinnene som ikke fikk barn i etterkant, beskrev aborten som vanskelig ved T4. Det er mulig at kvinnene som fikk barn i etterkant av aborten, tenkte at det hadde en mer avgjørende betydning i bearbeidingen av aborten enn det i virkeligheten hadde.

Av tekstmaterialet fremkom det tre ulike tankemønster hva gjaldt abortens årsak. Kvinnene som mente at aborten skjedde fordi det var noe galt med fosteret og at naturen derfor ordnet opp, tenkte i stor grad at aborten var hensiktsmessig. Det kan se ut til at denne gruppen var de med færrest vonde følelser knyttet til aborten, uten at man kan si dette med sikkerhet. Kvinnene som ikke klarte å finne en logisk forklaring på hvorfor de spontanaborterte, hadde en tendens til å fokusere på dette ved hvert intervju. En fikk inntrykk av at disse kvinnene brukte mye tid på å tenke på hvorfor akkurat de måtte gjennomgå spontan abort, mens andre slapp å oppleve det. Kvinnene som hadde en form for skyldfølelse knyttet til aborten, viste stor grad av lettelse dersom helsepersonell avkreftet at de selv hadde slik skyld.

Flere av informantene opplevde møtet de hadde hatt med helsevesenet i forbindelse med aborten som vanskelig. Kvinnene pekte på mangelfull og dårlig kommunikasjon, og flere av dem pekte på konkrete uønskede hendelser som følge av dårlig kommunikasjon. Kvinnene opplevde det også som vanskelig at samfunnet rundt dem hadde forventinger til hvordan de taklet aborten som ikke stemte overens med måten de selv reagerte på. Flere av kvinnene hadde problemer med å snakke om aborten i sitt sosiale nettverk. Det ble tydelig at kvinnene savnet et tilbud om oppfølging i etterkant av abortinngrepet.

4.2 Metodekritikk

Kvalitativ studie av semistrukturerte intervjuer kan på en god måte belyse følelsesmessige reaksjoner etter en spontanabort. Metoden gir et nyansert bilde, og en kan på en god måte få frem spekteret av ulike reaksjoner og psykiske ettervirkninger etter en slik hendelse. Det vil også være begrensninger knyttet til denne metoden i form av at man bare kan angi tendenser og mønstre og ikke tallfestede resultater. Det avgjørende ved kvalitativ forskning vil være om de mønstre og tendenser man finner kan ha mening i en annen kontekst enn der hvor studien er gjennomført. «Ved kvalitative tilnærminger handler overførbarheten først og fremst om hvorvidt de beskrivelser, begreper eller teorier som presenteres, har mening i andre sammenhenger enn den konteksten der studien ble gjennomført.» (18)

Det er flere svakheter med hensyn til utvalget av informanter. Det var bare kvinner med behov for hospital behandling etter en spontan abort som ble spurt om å være med i undersøkelsen, og kun de kvinnene som hadde gjennomgått en kirurgisk utskrapning. Det kan tenkes at reaksjonene og de psykiske ettervirkningene var sterkere hos disse kvinnene enn hos de kvinnene som ikke hadde behov for behandling på sykehus etter spontanabort. Ved spontan abort er det behov for behandling på sykehus dersom kvinnen har hatt en inkomplett spontanabort eller dersom det ved ultralyd viser seg at fosteret er dødt eller at det er et anembryonalt svangerskap (missed abortion). Det er sannsynlig at disse kvinnene har vært gravide over noe lenger tid enn de som har en tidlig komplett spontan abort uten behov for hospital behandling. Videre er alle informantene fra samme sykehus, og det kan være noe variasjon mellom helseforetakene i behandlingen som tilbys de som spontanaborterer.

Deltakelsen i studien var relativt lav. 50% av de som ble spurt ønsket å delta i undersøkelsen. Man kan derfor ikke slutte at informantene som deltok nødvendigvis er representative for de kvinnene som spontanaborterer. Det kan tenkes at de som svarte ja til å delta i undersøkelsen var de som opplevde aborten som mest traumatisk og som hadde størst behov for å snakke om hendelsen i etterkant, eller, som Broen antyder i hennes materiale, kan det tenkes at det var de som fungerte best og var minst plaget i etterkant som hadde overskudd til å delta i undersøkelsen. Broen påpeker viktigheten av sykehuspersonalets holdning til studien. Etter et møte med personalet på sykehuset økte prosentandelen som ble inkludert i studien fra 36,5% til 75% for de som hadde spontanabortert (19, s. 37).

Materialet som ligger til grunn for denne oppgaven er unikt i Norge med hensyn til at kvinnene ble fulgt i fem år. Lang oppfølgingstid og det faktum at det var 40 informanter til tross for at det var en relativt lav prosentandel som deltok, er en styrke. At studien er gjort en del år tilbake i tid (start 1998) kan være en svakhet. Forholdene – da i hovedsak holdninger til, og allmenn kunnskap om, spontan abort – samt helsevesenets behandling av de som spontanaborterer, kan ha endret seg.

Det er viktig å være oppmerksom på at tekstmaterialet som ligger til grunn for denne oppgaven er svar på åpne spørsmål og utfyllende kommentarer som kvinnene ga da de i hovedsak fylte ut spørreskjemaer med avkrysningssvar. Det er Nordal Broen som har utført og skrevet ned det som ble sagt i disse intervjuene. Samtalene er ikke diktert direkte, og materialet består derfor både av sitater og oppsummeringer gjort av Broen. På bakgrunn av det informantene fortalte henne, stilte hun dem oppfølgingsspørsmål. En kan dermed ikke regne med at alle kvinnene har blitt stilt de samme spørsmålene, og det er noen steder uklart om direkte refererte utsagn er svar på

oppfølgingsspørsmål fra Broen eller noe informanten selv forteller. Broens forforståelse og utgangspunkt kan ha styrt hennes forståelse av informantenes budskap. I neste omgang kan min tolkning av tekstmaterialet ha blitt påvirket av min forforståelse. Et mål er at de tendensene jeg har beskrevet skal være så nært knyttet til originalmaterialet som mulig, at opplysningene informantene ga har blitt tolket av et ledd gir en noe større usikkerhet. Dette er en utfordring ved bruk av kvalitativ metode.

Det fremgår av Broens avhandling at hun har tatt hensyn til etiske utfordringer knyttet til klinisk forskning. Intervjuene omhandlet en for mange vanskelig livshendelse og kunne derfor bidra til eller avdekke psykiatrisk sykdom eller vanskeligheter av en karakter som gjorde at kvinnene hadde behov for oppfølging i etterkant av undersøkelsen. Nordal Broen henviste de kvinnene som hadde behov for dette til en egnet behandler. De kvinnene som 1) ikke snakket norsk, 2) hadde en psykiatrisk sykdom eller som 3) var blitt gravide som følge av en voldtekt ble ekskludert fra studien.

Gravide kvinner har en høyere prevalens av psykologiske symptomer enn ikke gravide kvinner. I litteraturen finner man få studier med gravide kontrollgrupper, og den psykiske helsen til de som har spontanabortert blir dermed i hovedsak sammenliknet med den psykiske helsen til kvinner som ikke er gravide. Dette er en svakhet hva gjelder litteraturen jeg har referert til.

Tidsrammen for oppgaven har vært en begrensning for hvor mye litteratur jeg har kunnet sette meg inn i, og det må regnes som sannsynlig at det finnes god og relevant litteratur på området som jeg ikke har anvendt i arbeidet med denne oppgaven.

4.3 Sammenligning med andre studier

Hvordan kan de tendensene jeg har beskrevet sees i lys av annen forskning? Er de tendensene og mønstrene jeg har sett sammenfallende med funn i andre studier? På hvilke områder avviker mine funn fra andre studier?

Resultatene fra andre studier som ble presentert innledningsvis, gir et mye bredere og mer omfattende bilde av psykisk ettervirkninger etter en spontan abort enn det mine resultater gjør. Flere av studiene knyttet til psykiske ettervirkninger etter abort søker å belyse om forekomsten av angst og depresjon er økt i etterkant av en slik hendelse. Med hensyn til oppgavens problemstilling synes jeg det var nødvendig å nevne denne diskusjonen, selv om jeg ikke kan slutte om informantene lider av angst og/eller depresjon på grunnlag av det kvalitative materialet.

4.3.1 Frykt for fremtidig infertilitet og problemer i møte med andre gravide og venners barn

I likhet med mine resultater trekker flere oversiktsartikler frem at kvinnene som har spontanabortert, opplever at de ikke fyller den rollen de er tiltenkt (9;12). Samfunnet definerer reproduksjon og evnen til å bære frem barn som en avgjørende feminin egenskap, og kvinnene kan oppleve ikke bare at livet blir ufullstendig, men at de selv er ufullstendige (9;12). Flere kvalitative studier viser at sorg etter en spontanabort involverer flere elementer av tapsfølelse knyttet til ikke å være en gravid kvinne lenger og til ikke å være mor eller et medlem av en større familie (10). Mine resultater viser at de kvinnene som ikke fikk barn i etterkant av aborten trekker frem sorgen de har knyttet til det å ikke ha barn eller være en del av en større familie. Flere av informantene i mitt tekstmateriale følte på misunnelse på andre gravide og vanskeligheter i møte med andres barn. Studier viser at slike følelser er vanlig, men nok tilknyttet en viss grad av skam (9). Dette momentet kan nok være en årsak til at det i intervjuene jeg har sett på ofte, ble understreket av kvinnene at de til tross for sin misunnelse *var* glade for at andre slapp å gjennomgå det samme som dem selv.

4.3.2 Skam og skyldfølelse

Mine resultater viser først og fremst at kvinnene følte skyld i form av at tidligere provosert abort eller fysisk eller psykisk stress kunne ha forårsaket aborten. Flere oversiktsartikler viser at kvinnene med ikke planlagte svangerskap og størst ambivalens knyttet til graviditeten var selvbebreidende i større grad, og følte større grad av skyld ved spontan abort, enn de med planlagte svangerskap (9;11-13). Dette er et interessant moment som jeg ikke har belegg for å si noe om i mine resultater. Om denne forskjellen mellom de med ikke planlagte og planlagte svangerskap skyldes at de med ikke planlagte svangerskap har opptrådt annerledes i svangerskap eller bare det følelsesmessige aspektet med ambivalens kommer ikke tydelig frem i litteraturen. Men det er sannsynlig at en spontan abort vil oppleves ganske forskjellig for en som sterkt ønsket å få barn og en som ble uønsket gravid med en tilfeldig partner. En oversiktsartikkel viser at skyldfølelse ofte er spesifikt knyttet til at kvinnene føler de mislykkes i å beskytte babyen fra smerte og død (10).

4.3.3 Bekymring og overbeskyttende opptreden

Det påfølgende svangerskapet etter en spontan abort vil for majoriteten medføre bekymringer. Både mine resultater og flere artikler viser at kvinnene som har spontanabortert har problemer med å glede seg over et nytt svangerskap. Noen av informantene i mitt materiale fortalte at aborten hadde medført at de opptrådte overbeskyttende overfor de barna de allerede hadde. Dette er en tendens som også har blitt beskrevet i andre studier (12). Det er mulig at kvinnene hadde behov for å

kontrollere sine bekymringer og plassere dem utenfor seg selv og sitt svangerskap eller sin fruktbarhetsevne.

4.3.4 Lav grad av sosial støtte ved spontan abort

Det fremkommer tydelig av tekstmaterialet at flere av kvinnene følte at de måtte bære sorgen alene. Jeg fant få opplysninger om hvorfor kvinnene ikke fortalte sin omgangskrets om aborten, men flere fortalte at det hadde hjulpet dem om de kunne snakket om aborten med venner og kollegaer. Det er naturlig å tenke at noe av årsaken er at få eller ingen rundt dem visste om graviditeten og at de av den grunn fant det vanskelig å fortelle om aborten. Dette underbygges i litteraturen (9;10). Flere studier rapporterer en sterkere sorgreaksjon og flere psykiatriske symptomer hos de som har lite sosial støtte (11). I neste omgang kan det tenkes at kvinnene, i det de forteller om sin abort, vil oppleve det som ubehagelig at omgangskretsen forventer en ny graviditet, og igjen vil redsel for manglende fruktbarhetsevne eller evne til å bære frem fosteret bli en problemstilling for kvinnene. En litteraturstudie finner at stillhet er en vanlig respons på abort fordi vi mangler kulturelt aksepterte ritualer, som enkle kondolansekort eller mer komplekse ritualer som begravelse. Uttalelser som «*det var til det beste...*» trivialisere kvinnenens tap og legitimerer ikke hennes smerte (12).

4.3.5 Problematisering av abortens årsak

Litteraturstudiene jeg har valgt å se på sier i liten grad noe om kvinnenens tanker om årsak og hvordan disse tankene eventuelt påvirker de psykiatriske symptomene, men en kvalitativ studie av Wong og medarbeidere (16) beskriver kvinnenens behov for bedre og mer spesifikk informasjon. Følgende uttalelse er en av flere som støtter opp om tendensene i mitt materiale: «*I wish someone had given me an explanation, as it would have helped me come to terms with it better. I need the real reason, not «it's one of those things».* Videre finner forfatterne at mangel på informasjon om abortens årsak er assosiert med høyre grad av angstsymptomer. Dette støtter de tendensene jeg så i form av at de kvinnene som grublet over abortens årsak, hadde flere vonde følelser knyttet til aborten enn de som slo seg til ro med at det antakelig var noe galt med fosteret.

4.3.6 Erfaringer i møte med helsevesenet

I flere oversiktsartikler og kvalitative studier omtales helsevesenets møte med dem som har spontanabortert (10-16;20). På dette området avviker de tendensene jeg har sett fra funn i andre studier. Mens jeg fant at kvinnene beskrev flere negative og vanskelige opplevelser i møte med helsevesenet enn positive, konkluderer en rekke studier med at majoriteten føler seg godt ivaretatt av helsevesenet. En kvalitativ studie (16) og en oversiktsartikkel (15) har vist svært like temaer som er assosiert med tilfredshet blant kvinnene. Temaene er som følger; at kvinnene ble vist respekt for sine behov, at de ble direkte informert, at de ble involvert i avgjørelser når dette var mulig og at de opplevde at helsepersonellet hadde medlidenhet med deres skjebne. En minoritet opplever i følge disse studiene møtet med helsevesenet som negativt, men det er viktig å være oppmerksom på at dersom kun et av de identifiserte temaene ikke er tilstede, har dette en tendens til å gjøre at kvinnene opplever hele møte med helsevesenet som negativt. Denne diskrepansen mellom mine funn og litteraturen kan skyldes at kvinnene som har negative opplevelser i møte med helsevesenet, hadde et større behov for å fortelle om dette i de åpne intervjuene enn det de kvinnene som følte seg godt ivaretatt hadde. Hva gjelder årsaken til negative opplevelser, sammenfaller mine funn med litteraturen. Opplevelser av å være på et samleband (12), mangel på empati og bruk av tekniske og vanskelig begreper (12;16) beskrives i litteraturen, og dette var også de årsakene jeg fant. Når det gjelder mangel på empati, blir det spesielt påpekt å være negativt at helsepersonellet normaliserer aborten, hvilket følgende uttalelse illustrerer: *«I also found that the doctor at the hospital spoke about losing the baby as «it happens all the time», so did the midwife, lacking feeling and empathy»* (16).

4.4 Kliniske implikasjoner

Litteraturen gjør det tydelig at man som helsepersonell må være oppmerksom på at spontan abort er en signifikant stressfremkallende hendelse og at nær halvparten av alle med spontan abort opplever en form for psykologisk morbiditet som et resultat av dette. Symptomene vil ofte vedvare over en lenger periode, og insidensen og prevalensen av depresjon er ikke lavere enn i post partum-gruppen (11). Det vil derfor være avgjørende at man som helsepersonell tar denne gruppen på alvor. Det er nødvendig å screene dem som har gjennomgått spontan abort for risikofaktorer som predisponerer for psykologisk morbiditet, som for eksempel tidligere psykiatrisk sykdom, barnløshet, mangel på sosial støtte, tidligere aborter og ambivalens knyttet til svangerskapet (11). Helsepersonell må også være oppmerksom på faktorer som kan ha en positiv effekt i form av at de reduserer de psykiske ettervirkningene. Her vil det være nyttig å bruke temaene som flere studier

assosierer med tilfredshet blant kvinnene som en retningslinje for hvordan man møter de som hatt en spontan abort: Kvinnene må bli vist respekt for sine behov. Informasjon må bli gitt direkte fra behandlende lege og gjerne også skriftlig eller repetert muntlig en tid etter aborten (15;16). Kvinnene bør bli involvert i avgjørelser der dette er mulig, og helsepersonellet bør tilstrebe å vise empati for den enkelte kvinnens skjebne.

«Most women wanted closure or a sense of finality to their suffering, or if this were not possible then at least some predictability in course of their miscarriage» skriver Smith og medarbeidere (14). Dette kan forstås som et ønske om kontroll og innsikt fra kvinnes side og bør så langt som råd er imøtekommes. En samtale rundt hva som kan være årsaken til aborten, med oppklaring av eventuelle misforståelser og eventuelt tydelig informasjon om at man ofte ikke har mulighet til å finne en årsak selv om dette er ønskelig, kunne hjulpet kvinnene (11;12;14;15). Det kan se ut som at en del kvinnene tenker at manglende årsaksforklaring skyldes mangel på vilje til å utrede den enkelte.

Helsepersonell bør også bli flinkere til å gjøre kvinnene oppmerksomme på mulige psykiske symptomer som de kan oppleve i tiden etter aborten og opplyse om at de bør ha lav terskel for å søke hjelp dersom de har symptomer på angst og depresjon. Videre kunne det vært nyttig med tilbud om en rutinemessig oppfølgingskonsultasjon få uker etter aborten slik at en kunne fanget opp og henvist videre de med behandlingstrengende psykiatriske symptomer.

Mine funn avviker noe fra internasjonal litteratur hva gjelder tilfredshet med helsevesenets opptreden. Det er usikkert om denne diskrepansen er reell eller en bias, men dersom den er reell bør det undersøkes om behandlingen som tilbys kvinner med spontan abort i Norge eller på sykehuset i Buskerud er oppdatert i forhold til internasjonal litteratur og om helsepersonellet er bevisst på faktorer som er avgjørende i forhold til kvinnes tilfredshet.

Flere av de som gjennomgår spontan abort opplever lav grad av sosial støtte, og som nevnt tidligere er dette en faktor som disponerer for økt grad av psykiske ettervirkninger. Det ligger et forbedringspotensial i måten en som medmenneske møter de som har hatt en spontan abort og det bør være mulig for helsevesenet å bidra til økt åpenhet og forståelse rundt spontan abort og psykiske ettervirkninger av dette. En måte å bidra til dette på er å gjøre god informasjon lett tilgjengelig for allmennheten, samt danne samtalegrupper for de kvinnene som opplever lav grad av sosial støtte, men her vil det være flere mulige tiltak.

4.5 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Flere tusen norske kvinner gjennomgår spontan abort hvert år. Opp mot 50% av alle graviditeter og 15% av alle klinisk erkjente svangerskap ender med spontan abort. Spontan abort er som oftest en uønsket hendelse som medfører sorg og skuffelse for kvinnene og deres familier. De psykologiske ettervirkningene blant kvinnene i denne studien er sannsynligvis representative for de typiske ettervirkningene av en slik hendelse. Det er naturlig å tenke at de psykologiske ettervirkningene ville vært noenlunde like dersom studien hadde vært utført med de samme premisser i en annen del av Norge eller i et annet land. Som tidligere beskrevet representerer spontanabort et personlig tap av et ønsket barn, men flere av kvinnene opplever også at de ikke fyller den rollen de er tiltenkt fordi evnen til å bære frem et barn fremstår som en avgjørende feminin egenskap. I andre deler av verden, hvor kvinners verdi er enda sterkere knyttet til evnen til å bære frem et barn enn det som er tilfelle i Norge, er det naturlig å tenke at de psykiske ettervirkningene av abort er enda sterkere enn hva jeg har funnet i denne studien (19, s. 89-91).

Denne studien beskriver en vanlig og viktig klinisk problemstilling. Formålet med studien er gjort nøye rede for, og kvalitativ tilnærming var en adekvat tilnærningsmetode som gjorde det mulig å besvare spørsmålene som ble presentert innledningsvis.

5 KONKLUSJON

Kvinnene som spontanaborterte opplevde å være emosjonelt påvirket av aborten i et halvt til ett år etter hendelsen. Graden av psykiske ettervirkninger varierer. Kvinnene som fikk barn i etterkant av aborten, pekte i stor grad på dette som en avgjørende årsak til at de klarte å legge hendelsen bak seg. Kvinnene hadde ulike tanker om hvorfor de hadde spontanabortert. En stor del av kvinnene syntes det var problematisk at ikke fant en forklaring på hvorfor de hadde mistet fosteret. Lav grad av tilfredshet med måten de ble møtt på av helsepersonell og lav grad av sosialt støtte gjorde tiden etter aborten vanskelig for flere av kvinnene. Det ligger et klart forbedringspotensial i måten kvinnene som har hatt en spontan abort blir møtt av helsevesenet. Tydelig, god og direkte gitt informasjon om spontan abort, mulige årsaker til denne og mulige psykiske ettervirkninger, samt empati fra behandlere og tilbud om oppfølging i etterkant av hendelsen, ville i følge kvinnene bidratt til å redusere graden av psykiske ettervirkninger.

6 REFERANSER

- (1) Wollen AL, Veddeng A. Generell veileder i gynekologi: Spontan abort. Legeforeningen 2009 Available from: URL: <http://www.legeforeningen.no/id/157786.0>
- (2) Maltau JM. Spontan abort og ektopisk graviditet. In: Bergsjø P, Maltau JM, Molne K, Nesheim BI, editors. Obstetikk og gynekologi. Oslo: Gyldendal; 2010. p. 143-52.
- (3) Kutteh WH, Stephenson MD. Recurrent Pregnancy Loss. In: Bieber EJ, Sanfilippo JS, Horowitz IR, editors. Clinical Gynecology. Philadelphia, PA, USA: Churchill Livingstone; 2012. p. 797-802.
- (4) Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. Psychosom Med 1979 May;41(3):209-18.
- (5) Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. BMC Med 2005;3:18.
- (6) Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983 Jun;67(6):361-70.
- (7) Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. J Psychosom Res 2002 Feb;52(2):69-77.
- (8) Moum T, Naess S, Sorensen T, Tambs K, Holmen J. Hypertension labelling, life events and psychological well-being. Psychol Med 1990 Aug;20(3):635-46.
- (9) Robinson GE. Dilemmas related to pregnancy loss. J Nerv Ment Dis 2011 Aug;199(8):571-4.
- (10) Brier N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. J Womens Health (Larchmt) 2008 Apr;17(3):451-64.
- (11) Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007 Apr;21(2):229-47.
- (12) Frost M, Condon JT. The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature. Aust N Z J Psychiatry 1996 Feb;30(1):54-62.
- (13) Lee C, Slade P. Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. J Psychosom Res 1996 Mar;40(3):235-44.
- (14) Smith LF, Frost J, Levitas R, Bradley H, Garcia J. Women's experiences of three early miscarriage management options: a qualitative study. Br J Gen Pract 2006 Mar;56(524):198-205.
- (15) Geller PA, Psaros C, Kornfield SL. Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? Arch Womens Ment Health 2010 Apr;13(2):111-24.

- (16) Wong MK, Crawford TJ, Gask L, Grinyer A. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. Br J Gen Pract 2003 Sep;53(494):697-702.
- (17) Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2003.
- (18) Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Kvalitative studier. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. 2 ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008. p. 133-41.
- (19) Broen AN. Women's emotional life after miscarriage and abortion. A longitudinell five-year follow-up study in Norway, Doktoravhandling. 2006.
- (20) Mander R. Good grief: staff responses to childbearing loss. Nurse Educ Today 2009 Jan;29(1):117-23.

Takk til

- Anne Nordal Broen for materiale og gode innspill.

- Øivind Ekeberg for god veiledning.